**Introduction**

החברה החרדית הינה קבוצה מובחנת בחברה היהודית בישראל וברחבי העולם, המייצגת את הזרם הדתי-שמרני ביותר ביהדות. החברה החרדית הינה חברה מסורתית, קולקטיבית ופטריארכלית המתנהלת כקהילה סגורה ובה מושם דגש על אמונה באל, מחויבות נוקשה לחוק היהודי ונאמנות חזקה לקהילה (Freund & Band-Winterstein, 2017; Nadan & Ganz, 2018). אף על פי שהחברה החרדית מורכבת מזרמים שונים (זיכרמן וכהנר, 2012), ניתן לאפיין את הקבוצות השונות על ידי מערכת ערכים ברורה הכוללת דבקות בנורמות ובצווים הדתיים לצד התנגדות לאורח-החיים החילוני (Freund & Band-Winterstein, 2017).

המחקר הנוכחי בחן את תפיסותיהן של מטפלות באמצעות אמנויות שאינן משתייכות לחברה החרדית בנוגע לטיפול בילדים מהחברה החרדית. טיפול מעין זה מוגדר כטיפול בין-תרבותי, המושפע באופן משמעותי מההבדל התרבותי שנמצא בבסיסו (Fung & Lo, 2017). מערכת האמונות התרבותיות משפיעה על תפיסת העצמי, על ציפיותיו של המטופל ממערכות יחסים, על מוכנותו לחשיפה עצמית ועל תפיסתו את הטיפול ומטרותיו (Cross & Blomer, 2010; Fung & Lo, 2017). מטופלים מתרבויות שונות עשויים להביע באופן שונה מצוקה, ואף להבין בצורה שונה את המקור למצוקה ואת דרכי הטיפול בה (Fung & Lo, 2017). כמו כן, מערכת אמונות תרבותיות ביחס לבריאות וחולי נפשי עשויה להוביל לעיתים גם להתפתחות סטיגמה, המהווה חסם ומגבירה תחושות של בושה בהתייחס למצוקה נפשית ולקבלת טיפול (Cross & Bloomer, 2010; Gopalkrishnan, 2018). כאשר מטופל מגיע מרקע תרבותי מסורתי-קולקטיבי עשויים לעלות אתגרים משמעותיים בטיפול, מכיוון שמערכת הערכים התרבותית-מערבית עליה נשענת הפסיכותרפיה שונה במהותה ממערכת הערכים התרבותית-מסורתית (Qureshi & Collazos, 2011).

ממחקרים שבחנו את הפסיכותרפיה בחברה החרדית עולה כי חרף תמורות שחלו בחברה זו בפתיחות לפסיכותרפיה ובלגיטימיות לקבלת עזרה מחוץ לקהילה החרדית (Freund & Band-Winterstein, 2013), ניתן להבחין באמביוולנטיות, חשדנות ועוינות כלפי מקורות סיוע חיצוניים (Freund & Band-Winterstein, 2017; Popovsky, 2010). אלו מתבטאים לעיתים בצמצום התמודדות עם ספקות, קושי בהתבוננות פנימית (Hess & Pitariu, 2011), וציפייה לקבלת עצות פרקטיות (Hess, 2018). בנוסף, מיקומה המרכזי של הקהילה בחיי הפרט עשויה להביא ללגיטימציה מוגבלת לעיסוק בזהות (שלזינגר ורוסו-נצר, 2017; Freund & Band-Winterstein, 2017), כמו גם לחשש מפני חשיפת קשיים ושיתוף פעולה חלקי עקב פגיעה אפשרית במעמדו החברתי של המטופל ומשפחתו בקהילה (Barth & Ben-Ari, 2014; Greenberg & Witztum, 2013). עם זאת, מחקרים אחרים מציעים כי דווקא טיפול ממקורות חיצוניים מחזק תחושות של ביטחון ומעורבות, מפני שמצטמצמת האפשרות לחשיפה בתוך הקהילה (Freund & Band-Winterstein, 2013; Stolovy, Levy, Doron & Melamed, 2012). במקרה של טיפול בילדים, עשוי להתגלות קושי רב בקרב הורי הילד המטופל, מתוך תחושת אחריות ביחס לחינוך הדתי והרוחני של הילד (Schnitzer et al., 2011).

המורכבות עמה מתמודד מטופל מהחברה החרדית בטיפול עשויה להיות מועצמת בטיפול באמצעות אמנויות. מעבר לכך שישנם איסורים הלכתיים רבים הנוגעים בעיסוק באמנויות השונות, בחברה זו מקובל לתפוס את האמנויות כאמצעי לעיצוב חינוכי, רוחני או תרבותי, והאפשרות לשימוש באמנויות כשפה הבעתית לביטוי העולם הפנימי מוגבלת (סרי, 2013; שפרבר, 2010).

חרף האמור לעיל, הטיפול באמצעות אמנויות קיים בחברה החרדית ואף נמצא במגמת התרחבות בקהילה זו בשנים האחרונות. ההתייחסות המחקרית לטיפול באמצעות אמנויות בחברה זו מצומצמת מאד וכוללת מחקרים שהתמקדו בטיפול באמצעות אמנות חזותית (פדולסקי קרופר, 2018) וטיפול בתנועה (סוסקין וקרניאלי, 2015) בלבד. ממחקרים אלו עולה כי בקרב החברה החרדית ישנה לגיטימציה פחותה כלפי הטיפול באמצעות אמנויות, עקב תפיסתו כפחות תכליתי. כמו כן, טיפול זה מציף במטופלים קושי במשחקיות וביצירה הבעתית, לצד חשש מחשיפה בלתי-נשלטת. עם זאת, נראה כי שילוב האמנויות בטיפול מאפשר עקיפה של מנגנוני הגנה ומקל על ביטוי רגשי באמצעות הרחקה (פדולסקי קרופר, 2018).

לאור מיעוט הידע המחקרי בנושא, המחקר הנוכחי ביקש להמשיג את המעשה הטיפולי בטיפולים בין-תרבותיים באמצעות אמנויות עם ילדים מהחברה החרדית, דרך חקר חוויות ותפיסות של מטפלות באמצעות אמנויות שונות שאינן משתייכות לחברה החרדית.

**Methods**

**Design**

המחקר הנוכחי נערך בהתאם לגישת המחקר האיכותני, אשר מציב במוקד חקר חוויית ותפיסות של המשתתפים, במטרה לתאר ולהסביר את המתרחש מנקודת מבטם הסובייקטיבית (Creswell, 2014; Denzin & Lincoln, 2013). בהתאם לעקרונות הגישה, איסוף המידע נעשה דרך ראיונות עומק חצי-מובנים, המאפשרים זיהוי של הדרכים בהן המשתתפים תופסים או חווים תופעה (Parahoo, 2006), כמו גם גילוי מורכבויות בתיאוריהם (Miller & Crabtree, 1999). מחקר איכותני נפוץ כדרך להמשגת ידע של קלינאים הפועלים בשדה לכדי תיאוריה (e.g., Daly & Mallinckrodt, 2009; Edwards & Kennelly, 2004), בעיקר בתחומים הנמצאים בראשית דרכם האקדמית, כמו תחום הטיפול באמנויות (e.g., Gerlitz, Regev, & Snir, 2020; Klein, Regev & Snir, 2020[).

**משתתפות**

המדגם במחקר כלל 17 מטפלות באמצעות אמנויות בגילאי 31-62 (*M*=43.52), אשר טיפלו בעבר או בהווה בילדים מהחברה החרדית. כל המטפלות היו נשים שאינן שייכות לחברה החרדית, מרביתן חילוניות פרט לשלוש מטפלות שהן ציוניות-דתיות. תחומי ההתמחות של המטפלות כללו: תנועה (שש מטפלות), ביבליותרפיה (ארבע מטפלות), אמנות חזותית (שלוש מטפלות), פסיכודרמה (שתי מטפלות), ומוסיקה (שתי מטפלות). הנתונים הדמוגרפיים מופיעים בטבלה מספר 1. נתונים אלו מוצגים באופן רחב (גיל מוצג בטווח עשורים, ותק בטווח של חמש שנים) על מנת לשרטט תמונה כללית שתסייע באפיון המשתתפות, אך כזו שלא תאפשר זיהוי שלהן.

טבלה 1. נתונים דמוגרפיים של המטפלות

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **מס'** | **תחום התמחות** | **גיל** | **ותק בטיפול בילדים מהחברה החרדית** | **השקפה דתית** |
| 1 | תנועה | 31-40 | 1-5 | חילונית |
| 2 | תנועה | 31-40 | 1-5 | חילונית |
| 3 | תנועה | 31-40 | 6-10 | חילונית |
| 4 | תנועה | 31-40 | 1-5 | חילונית |
| 5 | תנועה | 51-60 | 6-10 | חילונית |
| 6 | תנועה | 51-60 | 16-20 | חילונית |
| 7 | ביבליותרפיה | 31-40 | 1-5 | חילונית |
| 8 | ביבליותרפיה | 31-40 | 1-5 | חילונית |
| 9 | ביבליותרפיה | 41-50 | 16-20 | חילונית |
| 10 | ביבליותרפיה | 51-60 | 1-5 | חילונית |
| 11 | אמנות חזותית | 31-40 | 6-10 | ציונית-דתית |
| 12 | אמנות חזותית | 51-60 | 11-15 | חילונית |
| 13 | אמנות חזותית | 61-70 | 21-25 | חילונית |
| 14 | פסיכודרמה | 31-40 | 1-5 | ציונית-דתית |
| 15 | פסיכודרמה | 41-50 | 1-5 | ציונית-דתית |
| 16 | מוסיקה | 41-50 | 1-5 | חילונית |
| 17 | מוסיקה | 51-60 | 26-30 | חילונית |

**הליך**

המשתתפות אותרו על ידי עורכת המחקר באמצעות דגימת כדור שלג. תחילה התבצעה פנייה של עורכת המחקר למטפלות אשר עבדו בשנת 2019 במכון טיפולי ייעודי לחברה החרדית בצפון מדינת ישראל, ותשע מטפלות העובדות במקום הסכימו להתראיין במסגרת המחקר. בשלב השני, חלק מהמטפלות שהתראיינו קישרו את עורכת המחקר למטפלות שעבדו במכון טיפולי זה בעבר ועזבו, ועורכת המחקר יצרה עימן קשר שבעקבותיו הצטרפו ארבע מטפלות נוספות. בהמשך, עורכת המחקר יצרה קשר עם ארבע מטפלות נוספות שעובדות באזורים אחרים במדינת ישראל.

**Data collection**

ראיונות עומק חצי-מובנים נערכו על ידי עורכת המחקר, שגם היא מטפלת באמצעות אמנות, אך אין לה יחסים אישיים או מקצועיים קודמים עם משתתפות המחקר. המראיינת נעזרה במדריך ראיון שכלל שאלות בעלות סוף-פתוח, באמצעותו נשאלו המטפלות על תפיסתן הכללית את הפסיכותרפיה עם ילדים מהחברה החרדית, ובפרט על הטיפול באמצעות אמנויות באוכלוסייה זו. מוקדי הריאיון כללו התבוננות במטרות הטיפול, סוגיות ואתגרים ייחודיים, השפעות ההבדל התרבותי על הטיפול ועל הקשר הטיפולי, וביטויי האמנויות בטיפול. במטרה לייעל את התהליך, נעשה שימוש ב-Probes כדוגמת בקשה לתת דוגמא וחזרה על תשובת המשתתפים במילים אחרות. לאחר שהציגה עצמה, עורכת המחקר שאלה את המשתתפות מספר שאלות רקע ולאחר מכן המשיכה לשאלות המחקר המרכזיות. הראיונות התקיימו בין החודשים 10.2019 ל-3.2020. כל ריאיון ארך כשעה. 11 ראיונות התקיימו פנים-אל-פנים, ושישה ראיונות התקיימו דרך הטלפון. באישור המשתתפות הראיונות הוקלטו, תומללו ולאחר סיום כל הראיונות בוצע עיבוד וניתוח של הנתונים.

**עיבוד הנתונים**

שיטת המחקר וניתוח הנתונים נעשו על פי עקרונות "מחקר המבוסס קונצנזוס" (Consensual Qualitative Research - CQR), אשר נשען על אלמנטים פנומנולוגיים שמטרתם היא התבוננות מעמיקה בחוויות ובתפיסות סובייקטיביות של המשתתפים, תוך שאיפה להגדרת תמונה המוסכמת על צוות של חוקרים (Hill, 2015). בהתאם לעקרונות השיטה, עיבוד הנתונים בוצע בשלושה שלבים. בשלב הראשון שלושה ראיונות נותחו בנפרד על ידי כל אחת מצוות של שלוש חוקרות, כולן מטפלות באמצעות אמנות, במטרה לזהות תחומים מרכזיים שעלו מהנתונים עבור כל אחד מהראיונות בנפרד. בתום הניתוח התכנסו צוות החוקרות לחשיבה משותפת במטרה להגיע לקונצנזוס על הגדרתם של התחומים המרכזיים עבור שלושת הראיונות (Cross analysis). אז, עורכת המחקר ניתחה את יתר הראיונות תוך חלוקה לתחומים שהוסכמו ויצירת התאמות במקרה הצורך לחומר החדש. בשלב הבא צוות החוקרות עברו על החומר ששוייך לכל תחום בנפרד, הגדירו רעיונות ליבה בכל תחום, ואז נפגשו לדיון לשם יצירת קונצנזוס.

שכיחות רעיונות הליבה מתוארת בשלוש דרגות: הצירוף "רוב המטפלות" מתאר תופעה שבאה לידי ביטוי במעל 75 אחוז מכלל הראיונות, כלומר אצל 13 מטפלות ויותר. הצירוף "חלק מהמטפלות" מתאר שכיחות של 25-75 אחוז מכלל הראיונות, כלומר בין חמש ל-12 מטפלות, והצירוף "מיעוט המטפלות" מתאר שכיחות של פחות מ-25 אחוז מהמקרים, כלומר ארבע מטפלות ופחות (Hill, 2015).

**אתיקה וסודיות**

בפנייה אל המטפלות ובטופס ההסכמה עליו חתמו הובהר להן כי הן אינן מחויבות להשתתף במחקר, וכי הן רשאיות להפסיק את השתתפותן בו בכל שלב. כמו כן, הובטח להן כי זהותן תישאר חסויה לאורך שלבי המחקר ופרסום התוצאות. דגש הושם על שמירת פרטיותם של המטופלים, והמטפלות הונחו לתת דוגמאות כלליות ואנונימיות. כל הפרטים המזהים נמחקו בעת תמלול הראיונות, וההקלטות הושמדו בתום התמלול. המחקר אושר על ידי וועדת האתיקה של הפקולטה לבריאות ולרווחה באוניברסיטת חיפה, ומומן על ידי משרד החינוך, כאשר הממצאים והמסקנות נמצאות תחת אחריות החוקרות.

**ממצאים**

**תפיסת משמעות ומטרת הטיפול בילדים מהחברה החרדית**

**התפיסה הכללית של המטפלות את הטיפול בילדים מהחברה החרדית היא שהוא אינו שונה מטיפול בילדים שאינם מהחברה החרדית.** על אף ייחודיות האוכלוסייה, רוב המטפלות טענו כי הטיפול באמצעות אמנויות בילדים מהחברה החרדית דומה במידה רבה לטיפול בילדים בכלל. לצד ההכרה בשוני, למטפלות היה חשוב להדגיש כי עצם היותם של המטופלים ילדים, חשוב ומרכזי יותר מאשר התרבות ממנה הם מגיעים: "כל ההתנהלות של ילדים חרדים היא ייחודית להם, היא תלוית תרבות מאד. אבל באופן כללי הם פשוט ילדים כמו כל הילדים". חלק מהמטפלות תיארו מטרות טיפוליות שכיחות שאינן מאפיינות לדעתן דווקא טיפול בילדים מהחברה החרדית, וחלק אף ציינו כי הן לא רואות הבדל מהותי במטרות הטיפוליות שהן מחזיקות בטיפול בילדים מהחברה החרדית לעומת טיפולים בילדים שאינם מהחברה החרדית.

**המטפלות מבחינות במטרות ייחודיות לטיפול בילדים מהחברה החרדית המושפעות מהיבטים תרבותיים.** לצד האמור לעיל, רוב המטפלות הבחינו במספר מטרות שלדעתן ייחודיות לטיפול באמצעות אמנויות בילדים מהחברה החרדית. מטרה מרכזית שעלתה מדבריהן של חלק מהמטפלות העמידה במרכז את חיזוק הביטוי העצמי של הילדים. מטרה זו מתמקדת בגילוי היכולת לבטא את העצמי, כולל עידוד גמישות והרחבת תגובות שאינן נובעות מהנורמות התרבותיות או אף מנוגדות להן כמו סירוב: "לאפשר ביטוי אחר, לאפשר לי להתחבר למה אני מרגישה". המטפלות הסבירו כי בקרב רבים מהילדים בחברה החרדית מופיע קושי של הילדים להיות אוטנטיים, לבטא רגשות ומחשבות כאינדיבידואלים, אל מול נורמות תרבותיות נוקשות: "מאד קשה לדבר על עצמי... הם יכולים לדבר על עצמם במרחב של בית הספר, מה קרה להם, אבל לא על מה הם הרגישו ועל מה הם חשבו".

מטרה נוספת שהופיעה בדברי חלק מהמטפלות נגעה בצורך בפיתוח ושכלול השפה הרגשית. לטענת מטפלות אלו, בבתים רבים מהם מגיעים הילדים, ובייחוד בזרמים מסוימים, השפה הרגשית דלה או חסרה: "את מרגישה שאין בבית שום תיקוף לחוויות שהילד עובר... התחושה היא שכל ההתנהלות בבית היא מאד טכנית". כתוצאה מכך, הילדים מהחברה החרדית מציגים פעמים רבות קושי בזיהוי ובביטוי של רגשות, ובעיקר של רגשות מורכבים כדוגמת קנאה. הילדים, בעיקר בגיל יסודי, מתבטאים דרך התנהגות ולא מדברים את רגשותיהם, קושי שבא לידי ביטוי בבעיות התנהגות: "כשהשפה הרגשית חסרה ולי קשה להתבטא ולהגיד מה אני מרגיש, אז פה מתחילה איזושהי בעיה. הילד מתנהג את הדבר ולא מדבר את הדבר". בטיפול באמצעות אמנויות, הביטוי הרגשי של הילדים נראה מעט שטוח והם ממעטים להחצין רגשות: "לא תראי הרבה דרמות בטיפול". לדברי המטפלות, לילדים יש קושי להשתמש באמנויות לביטוי רגש או תוכן מעולמם הפנימי: "אין פה מקום של להשתמש באמנות כאיזשהו מדיום לביטוי חופשי".

חלק מהמטפלות התייחסו לגדילה בתוך משפחה מרובת ילדים כמאפיין תרבותי דומיננטי המשפיע על מטרות נוספות. כך לדוגמא, מטרות הנגזרות מריבוי הילדים במשפחה כוללות התמודדות עם תחושות של חוסר יכולת לעמוד באחריות של שמירה על אחים קטנים, והתמודדות עם קשיים של הרטבות והתלכלכות כתוצאה מלגיטימציה חברתית לגמילה מאוחרת, ייתכן עקב הקושי להתעסק בעניין זה כאשר יש ילדים רבים והבית צריך להמשיך לתפקד. המטפלות הדגישו את משמעות הטיפול על רקע זה, כאפשרות להענקת תשומת לב בלעדית לילד: "לאפשר להם פינה חמה כדי שהילד שוב פעם ירגיש את עצמו, כי זה קשה כשיש הרבה ילדים".

מיעוט המטפלות שיתפו כי הן תופסות את חיזוק יכולת הבחירה כמטרה חשובה בטיפול. המטפלות הציעו כי הקושי של הילדים לבחור קשור אף הוא למציאות החיים במשפחות מרובות ילדים ממעמד סוציו אקונומי נמוך: "הם יכולים להגיד – מה שיש... כי הרבה פעמים אין, או שצריך להתחלק עם הרבה". מעבר לכך, מטפלות אלו הדגישו כי לילדים מהחברה החרדית יש צורך חזק לרצות שנובע ככל הנראה מהאופן בו הם מתחנכים: "הרצון לרצות קיים כל הזמן. ככה הם גדלים".

בנוסף, מיעוט המטפלות ציינו עבודה על חרדות בכלל והפרעה טורדנית כפייתית (OCD) בפרט כמטרה נוספת. מטפלות אלו הציעו כי החרדות קשורות לתחושות של חוסר יכולת לעמוד בדרישה הנוקשה לשמור על מצוות הדת: "חרדות מאד קשות בעקבות כל הנושא הזה של שמירה על ההלכות והמצוות".

**תפיסת הטיפול ומשמעותו בעיני החברה החרדית.** כאשר המטפלות פנו לתאר את האופן בו לדעתן נתפס הטיפול באמצעות אמנויות בחברה החרדית על ידי הורים, צוות חינוכי ורבנים, עלו סתירות ואי-הסכמות רבות. חלק מהמטפלות הסכימו כי חל שיפור גדול בשנים האחרונות ברצון ובנכונות לקבל טיפול במסגרות החינוך כמו גם במכונים וקליניקות פרטיות. המטפלות תיארו כבוד כלפי המטפלת מתוך תפיסתה כאשת-מקצוע, וציינו כי גם הרבנים מבינים יותר את חשיבות הטיפול ותפיסתם משפיעה על נכונות האוכלוסייה החרדית בכללותה: "היום יש איזושהי הבנה שלא רק מי שמשוגע הולך לטיפול, יש הבנה, בעיקר עבור ילדים, שזה מיטיב". עם זאת, מיעוט המטפלות סברו כי גם כיום רווחת סטיגמה על קבלת טיפול, כיוון שהוא מעיד על פגם באדם ובמשפחה: "זאת בושה גדולה ללכת לטיפול, זה אומר שמשהו לא טוב אצלך". מטפלות אלו הציעו כי גם כאשר ישנה נכונות מסוימת לקבלת טיפול, מופיעה התנגדות חריפה לאבחון פסיכיאטרי.

באופן דומה, אי הסכמה עלתה גם ביחס להבנת החברה החרדית את משמעות הטיפול, כאשר מיעוט מהמטפלות ציינו כי על אף נכונות הפנייה לקבלת טיפול, הפונים אינם מבינים מהי המשמעות של הטיפול שאותו הם מבקשים, ואילו אחרות סברו כי כיום מבינים יותר מהי משמעות הטיפול, ואף מגיעים לטיפול עם מטרות ועם בקשה לכלים להתמודדות. לטענתן, לעתים ההורים מביאים את ילדם לטיפול מתוך ציפייה שכל בעיותיו ובעיות המשפחה ייפתרו על ידי כך: "כאילו רק תיישרי להם קצת את הילד... רוצים שתתקני להם את הילד". לטענת המטפלות, ההורים מבקשים מענה מהיר למטרות הטיפול שבגינן שלחו את ילדם לטיפול, ובמידה והתוצאות המבוקשות אינן מושגות, הם מבקשים להבין מהי העבודה שהתרחשה בטיפול. המטפלות היו חלוקות ביניהן בדבר היכולת של ההורים לתפוס את הטיפול כתהליך, כאשר מרבית המטפלות תיארו קושי בעניין זה: "יש הרבה צורך באיזשהו מתכון כזה להסביר איך עכשיו או מה עובד, ופחות להבין שזה תהליך".

גם בהתייחס לתפיסת משמעות הטיפול על ידי הצוות החינוכי עלו קולות מנוגדים, כך שלצד תיאור התבוננות צרה ודוגמטית המתמקדת בתועלת של הטיפול הופיעו תיאורים על הערכה רבה כלפי העבודה הטיפולית.

**הגורמים המפנים לטיפול וסיבות ההפניה בעיני החברה החרדית.** בהתייחס לגורמים המפנים לטיפול, מיעוט המטפלות ביקשו להדגיש כי רוב ההורים אינם פונים לטיפול מיוזמתם אלא בעקבות הצעת גורמים חינוכיים – מורה, גננת או רבה.

סיבת ההפניה העיקרית שהופיעה בדברי חלק מהמטפלות הייתה בעיות חברתיות כדוגמת מופנמות ובדידות. יש מקרים בהם ההורים מתעקשים להתמקד בבעיות החברתיות, גם כאשר ברקע ישנן בעיות מורכבות מאלו כמו פגיעות מיניות קשות. ניכר כי להורים חשוב מאד שילדם יסתדר מבחינה חברתית, והמטפלות סוברות כי למרכזיות הקהילה בחיי האינדיבידואל השפעה רבה על כך: "הסיפור של להיות נורא מותאם שם חברתית הרי נורא חזק... המקום של איך אתה נתפס מאד מועצם".

סיבת הפנייה מרכזית נוספת שעלתה בקרב חלק מהמטפלות עסקה בקשיים לימודיים, קשיי קשב וריכוז, וקשיי התארגנות, המלווים לעיתים בהתפרצויות זעם, אלימות וקשיים בוויסות רגשי. המטפלות תיארו את הלחץ הרב של ההורים ביחס להצלחה הלימודית של ילדם, והסבירו שפעמים רבות הורים פונים בעקבות התנהגות שתופסים כלא-נורמטיבית ומפריעה לילד ללמוד: "המקום שהילד צריך להתנהג כמו שצריך בנושא הלימודים... הוא הרבה יותר מלחיץ משפחתית". יחד עם זאת, מיעוט המטפלות תיארו הורים שמתמקדים במצב הרגשי של ילדם גם כאשר יש לו הפרעות קשב וריכוז, והם מבקשים חיזוק של הביטחון העצמי: "יש לי כמה ילדים שהם קשב וריכוז, אבל ההורים מביאים אותם לטיפול כי הם רוצים להעלות את הביטחון".

סיבת הפנייה ייחודית לאוכלוסייה הופיעה אצל מיעוט המטפלות שתיארו פנייה לטיפול בעקבות התנהגויות שאינן מותאמות לחוקים ולנורמות בחברה החרדית, כמו הקפדה על לבוש צנוע, כיבוד הורים או שמירת ההלכות: "רוצים ילדים טובים שעושים מה שצריך לעשות".

רוב המטפלות ציינו כי פעמים רבות ישנם פערים בין האופן בו הן תופסות את מטרת הטיפול לבין מטרת הטיפול לתפיסת ההורים, אך ניכר כי במרבית המקרים המטפלות מציבות את המטרות לתפיסת ההורים במרכז, ממתינות עם העבודה על המטרות לתפיסתן או עובדות עליהן בצורה עקיפה, מתוך התבוננות ריאליסטית במציאות החיים של המטופל אליה הוא חוזר בתום הטיפול: "אני לא יכולה לפתוח פערים גדולים כי בסוף חוזרים הביתה להורים... זה לא אחראי מצידי".

**השפעת ההבדל התרבותי בין המטפלת למטופלים על החוויה הרגשית והקשר הטיפולי**

**המרחק הבין תרבותי כפתח לחשיפה של תכנים וביניהם סודות.** רוב המטפלות התייחסו בראיונות להשפעה של אי-שייכותן לחברה החרדית על חשיפה מצד הילדים המטופלים, כמו גם מצד הוריהם. חלק מהמטפלות סיפרו על הורים וילדים שמשתפים בטיפול חוויות או חלומות שאינם מקובלים או אסורים בחברה החרדית. מטפלות אלו הסבירו שהחשיפה של תכנים אלו מתרחשת עקב העובדה שהמטפלת אינה שייכת לקהילה החרדית ועל כן אינה יכולה להביא לחשיפת הסוד אותו מגלים בפניה: "אני לא שייכת לקהילה, ואני לא יכולה בזה שאני מחזיקה את הסוד שלהם להשפיע שהוא יתגלה באיזשהו אופן, ואז זה ישפיע על כל מיני דברים שקשורים ברווחתם בהמשך". מטפלות אלו הוסיפו כי החשיפה נובעת מחוסר שיפוטיות של המטפלת כלפי התכנים הנחשפים, מכיוון שהיא אינה שותפה לאמות המוסר ומערכת הערכים בחברה החרדית: "הגעתי עם איזו גישה קצת יותר משוחררת ופחות מקובעת בתוך הסד של החוקים והנהלים והכללים של העולם החרדי". עקב כך, גוברת הנכונות לשתף ולחשוף גם חוויות קשות מאד כמו פגיעות מיניות רב-דוריות. מיעוט המטפלות הציעו כי החשיפה מתרחשת מתוך תפיסת המטפלת כחלון-הזדמנויות להתנסות בפנטזיות ומשאלות אסורות: "אני חיה את החלום שלהם. ואני מאפשרת להם את החלון הזה, להיות בלי שיפוטיות, אולי גם קצת חוטאים או מועדים".

יחד עם זאת, ניכר כי החשש מחשיפה נוכח מאד בטיפול. למרות שמיעוט המטפלות טענו שכיום יש פחות הסתרה ורתיעה מחשיפה של תכנים מורכבים, רוב המטפלות היו שותפות לתחושה שיש תכנים שאינם נחשפים בפניהן: "יש תחושה של סוד". כך למשל הילדים ממעטים לשתף על משפחתם ועל הדינמיקה בתוך הבית, וההורים נמנעים לעיתים מלדווח על תכנים מהותיים כמו פגיעות מיניות או אבחונים פסיכיאטריים, אשר מתגלים תוך כדי הטיפול על ידי המטפלת. לטענתן, ההסבר לכך עשוי להיות קשור לאיסור לשון הרע המביא לקושי של המטופלים והוריהם לדבר על דברים לא טובים שנעשו על ידי אחרים, ועלתה הטענה כי קיים שימוש בדת כתירוץ להסתרה. מעבר לכך, מיעוט המטפלות ציינו כי לעיתים במקרים מורכבים, כמו מקרים של פגיעה מינית או חשש מעזיבת הדת, מופסק הטיפול על ידי הקהילה והמטופל מועבר לטיפול על ידי מטפל המשתייך לחברה החרדית.

**ההבדל התרבותי מביא לפספוס של ניואנסים ולקושי בהבנה של המטפלת.** חלק מהמטפלות שיתפו כי בטיפול באמצעות אמנויות עם ילדים מהחברה החרדית ישנם פערי שפה מהותיים. מעבר לפערי השפה שמתרחשים בטיפולים בהם המטופלים דוברים שפה שונה (אידיש), מופיעים פערים שפתיים גם כאשר שני השותפים לקשר דוברים את אותה שפה (עברית). המטפלות הסבירו כי הפערים עשויים להופיע עקב חוסר היכרות שלהן עם משמעויות של ביטויים, סמלים, פתגמים, קודים וחוקים, כמו גם עקב שפת גוף שונה: "אנחנו פשוט לא מדברים את אותה שפה. זה המון בתוך הסאב-טקסט, בתוך היכולת לפענח גם את המסרים הסמויים, גם את שפת הגוף". מדברי המטפלות ניכר כי לפערים אלו השלכה על הטיפול ועל הקשר הטיפולי. כך למשל המטפלות תיארו מקרים בהם הן פעלו מתוך עולם המושגים שלהן, שפעמים רבות נמצא בסתירה או בחוסר-הלימה עם עולם המושגים של המטופלים, ומתוך כך הציעו פרשנויות שגויות, יצרו ריחוק ואף פגעו במטופלים שלא במכוון. בכמה מקרים ההבדל התרבותי יצר נתק של ממש והוביל להפסקת הטיפול. נראה כי הבדלי השפה חוסמים פעמים רבות את האפשרות לשיח מקצועי: "משהו בחוסר הידע שלנו מאד משתיק אותנו... קשה מאד לקום כאשת מקצוע ולהסביר... יש משהו שזה כאילו מביא איזשהו ידע אחר שמקטין אותנו". מיעוט המטפלות סברו כי פספוס הניואנסים עשוי להיות גם יתרון, מכיוון שהוא מעורר במטפלת עבודה אינטואיטיבית.

**המטפלת מנסה להתכוונן באופן רגיש תרבות למטופלים.** כפי ששיתפו חלק מהמטפלות, פערי השפה מחייבים אותן להתאים את שפתן לעומד מולן: "אני מרגישה שאני מאד בוררת את המילים שלי... מעבר לתהליכים להסתכל פנימה, להסתכל מה קורה, אני גם מתאימה את השפה שלי לשפה שלו". המטפלות הסבירו כי הן משתמשות בביטויים שלקוחים מהעולם הדתי לתיאור ותיווך מושגים טיפוליים, וכן הן מבצעות התאמות בשפתן בהתאם לשפה השגורה בחברה החרדית, שהיא מכובדת ופחות יום-יומית. שפה זו אינה מתאפיינת בשימוש במילות סלנג, אך גם חסרות בה לעיתים מילים בשפה גבוהה. כמו כן, יש מילים בהן אסור או לא מקובל להשתמש, כמו מילים המתארות הפרשות גוף, והמטפלות נדרשות להתכוונן בהתאם לכך.

חלק מהמטפלות סיפרו שלשם ההתכווננות הן מתייעצות במרבית המקרים עם ההורים ולעיתים גם עם הילדים עצמם, עם רבני הקהילה, עם מטפלות אחרות או נעזרות בהדרכה. מוקד התכווננות נוסף אליו התייחסו חלק מהמטפלות היה התאמת התכנים, כאשר המטפלות הסבירו כי הן מרבות לשאול לגבי המותר והאסור בחברה החרדית, ובודקות עם ההורים האם ישנן מגבלות מסוימות עליהן המטפלת צריכה להקפיד או תכנים שאינם רוצים שייכנסו לטיפול. כמו כן, הן נזהרות מחשיפת תכנים מחייהן האישיים, מתוך הנחה כי חשיפה לתכנים שאינם מותאמים לעולמו של המטופל עלולה לפגוע בטיפול: "יש יותר תשומת לב לפרטים של מה שאני אומרת ומה שאני עושה... וכמה אני משתפת". יתרה מזאת, המטפלות הסבירו שעליהן להיזהר מלגשת למטופלים עם סט הערכים שלהן, מאחר שבכך הן עשויות לעורר במטופלים קונפליקט ולגרום למצוקה נוספת: "התפיסה האוטומטית הזאת שאני הגעתי ממנה, של לעודד אותה למרוד ולבעוט בדיכוי הזה שהיה, הייתה מאד בעייתית כי הייתי עלולה לסבך אותה". עם זאת, המטפלות סייגו וציינו כי במקרים מסוימים אסור לוותר על התפיסה המקצועית ויש דברים שחייבים להיאמר על אף שהם מנוגדים להשקפת העולם בחברה החרדית.

שני אזורים נוספים בהם המטפלות נדרשות לבצע התאמות כוללים את הצורך להתאים את הלבוש שלהן לגדרי הצניעות המקובלים בחברה החרדית (חצאית ארוכה, שרוולים ארוכים ונעליים סגורות) אותו תיארו חלק מהמטפלות, ואת הצורך להקפיד על כשרות האוכל המוצע בטיפול, אליו התייחסו מיעוט המטפלות.

חלק מהמטפלות דיברו על הצורך לכבד את המטופל ועולמו, גם במקרים בהם מתעוררת בהן חוסר הסכמה: "יש המון קווים אדומים, אתה צריך לדעת מהם, אתה צריך לכבד אותם כשהם שונים מתפיסת עולמך או אפילו אתה חולק עליהם". בנוסף, חלק מהמטפלות הסבירו על חשיבות ההיכרות עם ההטרוגניות בחברה החרדית, והצורך להבחין במותר והאסור בקבוצות השונות: "יש כ"כ הרבה שונות שצריך ללמוד להכיר עם מי עובדים", תוך שהן מדגישות כי עליהן להיאזר בענווה וסבלנות, ועל ידי עבודה עצמית מתמדת ללמוד מתוך הכשלים המתרחשים בטיפול.

**במטפלת מתעוררים קשיים כתוצאה מהמפגש הבין-תרבותי.** חלק מהמטפלות שיתפו על קשיים שעולים בהם כתוצאה מהצורך לבצע התאמות. כך למשל, המטפלות שיתפו כי הצורך לשנות את לבושן גרם להן לעיתים לחוש חודרנות ופלישה לפרטיות, עקב שאלות ביחס ללבוש מצד הילדים, ולעיתים אף מגע: "השאלות שנשאלתי על ידי הילדים, למה אין לי פאה או למה אני בלי גרביים, ואפילו היו נוגעים בי פיזית, הביכו אותי והיו לי חודרניות בצורה בלתי רגילה". חוסר הנוחות שתיארו המטפלות הועצם גם בעקבות ההרגשה שהן נמצאות תחת בחינה מדוקדקת מצד הורי המטופלים: "דמיינתי או לא דמיינתי שהם גם שולחים מבטים סוקרים". יתרה מזאת, המטפלות שיתפו כי ההתאמות פוגעות ביכולת שלהן להתנהל באותנטיות, ומגבירות בהן דריכות וזהירות המעיבות על יכולתן לטפל: "הקושי העיקרי שלי היה העניין הזה של הזהירות, שאני לא יכולה להיות אותנטית".

לצד קשיים אלו, חלק מהמטפלות ציינו קשיים בהתמודדותן עם ביקורת שעולה בהן בנוגע להיבטים שונים בחברה החרדית. כך לדוגמא, חלק מהמטפלות שיתפו על הביקורת שלהן ביחס לציפיות הגבוהות מהילדים בחברה החרדית, עליהם מוטלות מגבלות ואחריות רבה, אשר פוגעות ביכולתם להתנהג בילדיות: "הכל צריך להיות נורא מתוקתק ומסודר, וצריך להתנהג ככה וצריך לעזור לאמא... וכל המשימות האלה... היא זקנה טרם עת". בהמשך לכך, המטפלות הוסיפו על הקושי שעולה בהן אל מול המצב בו הורים צעירים יולדים הרבה ילדים, גם במקרים בהם קיימות בעיות גנטיות או שיש קושי בתפקוד ההורי. לתחושת המטפלות מצבים אלו מציבים את הילדים בסיכון ופוגעים ביכולת הרגשית שלהם. ואולם, חרף הקושי הרב, המטפלות אינן מסוגלות לדבר על כך עם הורי המטופלים והביקורת נותרת סמויה: "זה ביקורת, זו דילמה, וכאילו על זה לא נוגעים. אין שיח על איך את מביאה כל כך הרבה ילדים".

חלק מהמטפלות תיארו ביקורת לנוכח הנטייה להסתרה בחברה החרדית, והתייחסו לקושי שעולה בהן לאור מצבים בהם הילדים נדרשים לשמור סוד משפחתי ובעיקר לאור מצבים בהם מסתירים מהילד מידע מהותי עבורו, כמו במקרים בהם ילדים אינם יודעים שאימם בהיריון עד לרגע שבו היא חוזרת מבית החולים עם היילוד. לטענת המטפלות, מצבים אלו יוצרים מצוקה אצל הילד אשר נדרש להסתגלות מהירה ללא תיווך או תמיכה: "יש מגמה מאד נוכחת של לא לשאול, סוג של לא לדעת... חוויה של חוסר שליטה, שמתבטאת בכך שאחר כך ילדים מגיבים בצורות מאד קשות". הקושי של המטפלות מועצם מאחר שהן נדרשות לשתף פעולה עם ההתנהלות המשפחתית ועם ההסתרה.

בהמשך לכך, חלק מהמטפלות הרחיבו על התמודדות שלהן עם ביקורת על מאפיינים כלליים של החברה החרדית ובכלל זה עניינים פוליטיים וקושי לנוכח היררכיה וגילויי גזענות: "זה רגעים שהמקום הכי סטיגמטי בסיסי מרגיש לך בלב. המקום הזה של אתם חברה לא הוגנת". קושי חריף ודומיננטי שהופיע אצל מיעוט המטפלות נבע מפער בערך הלאומיות. מטפלות אלו תיארו סיטואציות שהיו קשות במיוחד עבורן בהן חשו חוסר כבוד וזלזול בהיבטים שקשורים בשייכות הלאומית-ציונית שלהן, כלפיה קיימת התנגדות בחברה החרדית. כך למשל, המטפלות תיארו מקרים בהם הורי מטופלים נעצו בהן עיניים בעת עמידתן בצפירת יום הזיכרון לחללי מערכות ישראל, ומקרים של התנגשות והתנצחות בינן לבין מטופלים סביב יום העצמאות והגיוס לצבא. המטפלות הסבירו כי רגשות הכעס והתוקפנות שעלו בהן במקרים אלו נבעו מכך שאינן מקבלות יחס ההולם את ההתכוונות והמאמץ שלהן לספק טיפול רגיש ומכבד: "מצפים מאיתנו לכבד את כל הדת ואת כל ההלכות... אבל משהו שהוא משמעותי לנו ביותר.. היה לי מאד מורכב הנושא הזה".

קושי נוסף שהופיע בדברי חלק מהמטפלות נגע באופן ההתמודדות של הורים מהחברה החרדית עם מורכבות או קושי מול המטפלת. המטפלות סיפרו כי במקרים רבים ההורים ניגשים להתלונן לסמכות שמעל המטפלת (הנהלה), וזאת מבלי לפנות למטפלת ולשוחח איתה על הקושי. מקרים אלו מחבלים במעמדה של המטפלת ולעיתים מסתיימים בהפסקת הטיפול: "הלכו ישר למנהלת ולא דיברו איתי, והתלוננו עלי והמנהלת ככה התערבה מכוונות טובות אבל זה דיי הרס לי את הסמכות".

**המפגש הבין תרבותי משפיע על הקשר הטיפולי.** ניכר כי ההבדל התרבותי משמעותי ומשפיע על הקשר הטיפולי. ואולם, חרף השוני הדומיננטי, המטפלות הסבירו כי הן מצויות בדילמה האם להתייחס להבדל זה באופן ישיר או להדחיק אותו: "זה ממש סוגיה, האם שמים את זה על השולחן עם הילד, וזו גם דילמה. האם הזהות שלי זה משהו שמדברים עליו בטיפול". חלק מהמטפלות שיתפו כי ההורים והילדים יודעים שהן אינן שייכות לחברה החרדית, אך מטפלות אחרות ציינו כי מול הילדים ישנה עמימות ביחס להבדל התרבותי שגורמת לילדים בלבול: "לילדים שם זה היה נורא מבלבל. אז הם התייחסו לשיער שלי כפאה, ואז אם נגיד הסתפרתי או משהו, אז הם היו אומרים לי 'החלפת פאה!'"

חלק מהמטפלות התייחסו להשפעה חיובית של ההבדל התרבותי על השתתפות הילדים מהחברה החרדית בטיפול. כך למשל, הילדים מרגישים צורך ללמד את המטפלת על החברה החרדית ועל ידי כך הם חווים תחושת שליטה מתוך היכולת ללמד את האחר: "לילדים זה נותן תחושה שהם יכולים ללמד מישהו משהו".

יחד עם זאת, חלק מהמטפלות הרחיבו על המורכבות שההבדל התרבותי מציב בפני התפתחות הקשר הטיפולי. מטפלות אלו תיארו קושי של המטופלים לתת אמון ולהיקשר למטפלת שנתפסת כזרה, ובמיוחד עבור מטופלים שפגיעה באמון נמצאת בבסיס המצוקה שלהם כמו נפגעי תקיפה מינית: "היא פשוט לא הצליחה לשרוד את הלך הרוח הזה שאני מדברת איתך עכשיו... זה היה לה תוקפני מידי, זה היה לה ישיר מידי, זה היה לה מאד לא חרדי". לדברי המטפלות, הפער התרבותי מעורר פעמים רבות התנגדות לטיפול מצד הילדים והוא מכניס מתח לקשר: "זאת ההתנגדות הראשונה... הוא אומר לי משהו כמו: את גם רוצה להעביר אותי על דתי... מה מערכת הערכים שלך, יחסית למערכת הערכים שלי". הפער התרבותי מציב קושי בביסוס הקשר הטיפולי גם עבור המטפלות, שלעיתים חשות התנשאות מצד המטופלים ביחס לאורח חייהן ובאופן כללי חשות שאינן יכולות להיות טבעיות ונזהרות באופן מסוים מגילויי קרבה ואינטימיות. המטפלות שיתפו כי על מנת לגשר על הפער התרבותי ולאפשר התפתחות של קשר טיפולי, הן מחפשות את המשותף בין העולמות ומדגישות את המעבר מהעולם שבחוץ לחדר הטיפול.

**השימוש באמנויות בטיפול**

**הטיפול באמנויות מאפשר העלאת תכנים שלא ניתן לדבר אותם בזכות הרחקה.** לצד הקושי שהוזכר להלן בשימוש באמנויות ככלי לביטוי עצמי, חלק מהמטפלות הדגישו כי עדיין לאמנויות תפקיד משמעותי בהעלאת תכנים מהעולם הפנימי, בדגש על תכנים שהילד לא מסוגל לדבר עליהם באופן ישיר כדוגמת קשיים מחיי היום-יום, אלימות ופגיעות מיניות: "המשחק והטקסט והיצירה יעלו את התכנים הקשים יותר... שהרבה פעמים קשה לדבר עליהם בצורה ישירה". כמו כן, באמצעות האמנויות הילדים חוקרים ומתעסקים במשאלות ובסוגיות משמעותיות עבורם. המטפלות הסבירו שהאמנויות הן אמצעי השלכתי בלתי-מילולי המאפשר הרחבה של החוויה ועיסוק עקיף ומרוכך בתכנים: "כל התחכום הזה שאני לא מדברת את עצמי אני מדברת את הדבר ההוא. זה מאד שובר להם את מנגנוני ההגנה שלהם".

**ביטויי האמנויות של הילדים מתכתבים עם עולם התוכן הייחודי שלהם.** מדברי חלק מהמטפלות עולה כי עולם התוכן הייחודי לילדים מהחברה החרדית מקבל ביטוי בכל סוגי הטיפול באמצעות אמנויות. כך לדוגמא, בטיפול באמצעות אמנות חזותית הילדים מרבים ליצור סיפורים, מוטיבים ואלמנטים הלקוחים מהתנ"ך, כדוגמת בית המקדש והמזבח. בנוסף לכך, גם בציורים הנוגעים בחיי היום-יום של הילדים, כמו ציורי משפחה, ניכרים הסממנים התרבותיים בעיצוב הדמויות המצוירות, בשמירה על גדרי הצניעות גם בציור ובהפרדה בין דמויות נקביות לדמויות זכריות. בפסיכודרמה ובביבליותרפיה הדימויים והמטאפורות שאובים מהעולם הדתי, עלילת המשחק או הסיפור נוגעת פעמים רבות באירועים מההיסטוריה של העם היהודי, והדמויות אותן הילדים מגלמים לקוחות מהתנ"ך, כדמות הכהן הגדול. בטיפול במוסיקה נוכחת המוסיקה של הבית, הכוללת זמירות שבת ושירי חגים. בטיפול בתנועה אביזרים שגרתיים מקבלים משמעות התואמת לאורח החיים החרדי: "שקית חול הופכת להיות סידור ומטפחת ישר שמים על הראש".

עם זאת, המטפלות ביקשו להדגיש כי למרות ייחודיות עולם התוכן, האמנויות מאפשרות ביטוי לחוויה הרגשית ולעולם הפנימי של הילד. כך למשל יצירת חורבן בית המקדש משקפת תחושת כישלון ופיצול בתוך המשפחה, ואילו תחושות של חוסר איזון נפשי באות בדמות היצר הרע. על מנת להבין מהו הסיפור הנפשי הנמצא בבסיס היצירה, המטפלת משתמשת בהתבוננות פנומנולוגית ובשיח עם הילד על משמעות היצירה עבורו: "אני מנסה ביחד עם הילד להבין... והאמת שזה פותח באמת דברים ממש אחרים לגמרי, שלא קשורים לדת".

**יכולת המשחק הסימבולי של הילדים מהחברה החרדית שנויה במחלוקת.** דעותיהן של המטפלות היו חלוקות בהתייחס ליכולת של הילדים מהחברה החרדית להיכנס למרחב משחקי וסימבולי. חלק מהמטפלות טענו כי הילדים מהחברה החרדית אינם שונים ביכולתם לשחק משחק סימבולי, וההבדל בעניין זה אינו קשור ליכולת משחקית אלא לעולם התוכן המובא במשחק: "אני לא חושבת שיש הבדל. יש עולם תוכן אחר... הדמויות ייראו אחרת, הסיפור יהיה בשפה שהיא שפה אחרת". לעומתן, חלק מהמטפלות תיארו קושי ביכולת המשחק של מרבית הילדים מהחברה החרדית הבא לידי ביטוי בכך שהמשחק מאופיין בהתייחסות קונקרטית וביכולת דמיון מוגבלת: "היה שם דמיון בגבולות מאד ברורים... המשחק מאד קונקרטי הרבה פעמים". נראה כי כאשר המשחק, הסיפור או היצירה שאובים מהעולם היהודי המוכר לילדים, הם מתקשים במיוחד לראות מעבר לחוקים ולאמות המוסר בחברה החרדית, ועולם הדמיון שלהם נחסם: "אי אפשר היה לנהל איתו שיחה מעבר למוסר ההשכל של הסיפור... שום פתיחות לאיזה משהו שהוא חופשי יותר".

**המרחב הטיפולי האחר מאפשר התנהגות שונה ומשוחררת יותר.** רוב המטפלות תיארו קושי בשחרור בקרב הילדים מהחברה החרדית, אשר מקבל ביטוי בטיפול בנטייה להתנהל בצורה עצורה ומוחזקת, העדפה לשבת ליד שולחן, עיסוק באיסוף וסידור תוך כדי הטיפול, ומיקוד ביצירת תוצרים מדויקים ואסתטיים. לטענת המטפלות, הילדים מזהים את הטיפול כמרחב אחר ושונה מהמרחב אליו הם רגילים, בו ניתן להתנהג בחופשיות רבה יותר, והם מגיבים לכך בדרכים שונות. מחד, המטפלות התייחסו לקושי של הילדים למול השחרור שבהתנהגותה של המטפלת כמו גם קושי עם התנסות בשחרור והיצמדות לחוקים ולנורמות: "זה מפחיד אותם, הם לא אוהבים את זה... נורא קשה להם להיות במקום הזה". מאידך, המטפלות תיארו התלהבות של הילדים לנוכח המרחב השונה המוצע להם בטיפול, הבאה לידי ביטוי בתגובות ראשוניות ורגרסיביות, ובהפגנת הנאה וסקרנות: "הם מתרגשים כי אני פותחת להם דלת למשהו שהם לא נחשפים אליו כ"כ ביום-יום שלהם". מדברי המטפלות עולה כי תגובת הילדים למרחב הטיפולי נעה בין קצוות, כאשר בשלב הראשוני הילדים מתקשים להשתחרר וחשים בלבול, המוביל אותם להתנהגות הפוכה לחלוטין מהתנהגותם הרגילה בדמות השתוללות יתר והצפה: "את מרגישה שלפעמים הם נכנסים מזה לאובר של השתוללות". בשל כך, המטפלות נעות בין הגשת הזדמנויות לשחרור לבין שיקוף הצורך בהחזקה ואיזון התגובה לשחרור.

**מורכבות העיסוק בגוף ובמיניות בטיפול.** חלק מהמטפלות תיארו הגבלות שונות בעבודה עם הגוף בטיפול, כמו הצורך להתאים, לצמצם ולהצניע את תנועות הגוף שלהן בהתאם למקובל בחברה החרדית, אשר מעיב על יכולתן להיות משוחררות בטיפול. המטפלות הוסיפו וטענו כי גם התנועה המתאפשרת לילדים בטיפול מוגבלת, בשל נטייתם של הילדים למשחקים אסופים יותר כמו משחקי שולחן ולהקפדה על צניעות בגדיהם המצמצמים אפשרות לתנועה חופשית: "היא לא יכולה להתגלגל כי היא כל הזמן מחזיקה את השמלה שלה". המטפלות הוסיפו ותיארו ייחודיות באופי התנועה של הילדים, כך שישנה פחות תנועה במרכז הגוף, והתנועות הן יותר קטנות ומצומצמות, עם פחות חופשיות וזרימה. יתרה מזאת, המטפלות הסבירו כי ישנן הגבלות משמעותיות בשפה על הגוף כך שחסרות מילים המתארות איברי גוף שונים ובעיקר איברים אינטימיים: "בין הבטן לרגליים נעלם החלק הזה. מה נוגע בכיסא? הרגליים. מה עוד? הגב". בעקבות זאת המטפלות מתקשות להתייחס לגוף בעבודה הטיפולית, נוטות להימנע מביצוע תנועות המצריכות שיח על איברי הגוף המוכחשים, וממעטות בעיסוק בתכנים הקשורים בגוף כמו דימוי גוף.

מיעוט המטפלות שיתפו כי הן עסוקות מאד במרחק שלהן מהמטופל ובמגע עימו: "אני מאד מודעת כמה אני רחוקה וכמה אני קרובה. אני יכולה להגיד שאני יותר נזהרת מבחינת מגע פה מאשר עם ילדים אחרים". כך, המגע עם הילדים אפשרי במידה מועטה כל עוד הם מתחת לגיל תשע, עם בנים הוא מוגבל יותר ועם האבות הוא אסור לחלוטין. המטפלות חידדו כי לרוב הן אינן יכולות לעבוד עם בנים מעל גיל תשע. עם זאת, מיעוט המטפלות טענו כי ההגבלות על המגע אינן פוגעות בטיפול או ביכולת ליצור קשר עם המטופל.

חלק מהמטפלות שיתפו כי תכנים של מין ומיניות כמעט ולא עולים בטיפול, גם כאשר מדובר במתבגרים. המטפלות הדגישו כי כאשר מופיעה התייחסות כלשהי למיניות היא בדרך כלל מהווה עבורן תמרור אזהרה: "ילד שתכנים מיניים עולים איתו זה ילד שאומר שעובר עליו משהו". יתר על כן, המטפלות תיארו אמביוולנטיות וחשש של ההורים במקרים בהם נדרשת התמקדות בתחום זה, כמו במקרים של פגיעה מינית או עיסוק מיני חריג של הילד: "האמא נורא נבהלה מזה ולא הייתה מוכנה שאני אגע בזה". עם זאת, אחת המטפלות הציעה התבוננות הפוכה בנושא ותיארה לגיטימיות ופתיחות כלפי מיניות בטיפול בקרב החברה החרדית, מתוך תפיסת התחום כמצווה ולא כצורך יצרי.

**המטפלת מבצעת התאמות או נמנעת משימוש בכלים האמנותיים עקב נורמות וחוקי החברה החרדית.** רוב המטפלות הסבירו כי בעבודתן הטיפולית הן נדרשות להתכווננות הממוקדת באמנויות, במסגרתה הן מבצעות התאמות ולעיתים אף נמנעות מעזרים או חומרים אמנותיים שונים אשר עשויים להציף תוכן שאינו מקובל בחברה החרדית. כך למשל, בעבודה עם טקסטים, המטפלות מחויבות לבדוק האם הטקסטים מתאימים ולקבל על כך אישור. המטפלות הדגישו כי לא ניתן להשתמש בספרים בהם מופיעות חיות טמאות או אלמנטים פנטסטיים כמו פיות, מכשפות ודרקונים, ולעיתים הן משנות את תוכן הסיפור באמצעות שימוש בשמות ומושגים השגורים בחברה החרדית: "כשאני מספרת סיפור, אני אשנה אותו הרבה פעמים. זאת אומרת, אני 'אייהד' את הסיפור". בהמשך לכך, המטפלות בודקות גם את האיורים המופיעים בסיפורים או במשחקים ומתקנות אותם בהתאם לסממנים התרבותיים וגדרי הצניעות בחברה החרדית.

המטפלות ציינו כי הן ממעטות להשתמש באמצעים טכנולוגיים כדוגמת פלאפון ומחשב, ובפרט נמנעות משימוש במוסיקה מוקלטת. במידה והן משתמשות במוסיקה, הן מקפידות להשמיע רק מנגינות ללא מילים או שירים של החברה החרדית. לעיתים רחוקות המטפלות מרגישות ששיר מסוים מעולמן יכול לסייע למטופל, אך הן משתמשות בו רק במידה והטקסט אינו נמצא בסתירה עם המקובל בחברה החרדית ולאחר האישור של הורי המטופל. כמו כן, המטפלות ציינו כי הן שרות רק עם ילדים קטנים ונמנעות משירה עם בנים גדולים ובנוכחות הורים, זאת עקב האיסור ההלכתי על גברים לשמוע שירת נשים.

באופן דומה, המטפלות אינן מציעות חומרים אמנותיים כדוגמת תמונות, מגזינים ומיניאטורות הכוללים אלמנטים שאינם מקובלים בחברה החרדית. לעיתים המטפלות מסתירות גם אמצעים דרכם הילדים יכולים לבטא תכנים פחות מקובלים, כמו תוקפנות: "יש הרבה תכנים תוקפנים שהילדים רוצים לעסוק בהם בתוך הטיפול, והם לא יכולים כי מראש אני מסתירה את הדברים האלה בחדר". מעניין לציין שכאשר המטפלות מנגישות את האמנויות דרך שימוש במונחים המקובלים בחברה החרדית, גם דברים שהם מורכבים מבחינה הלכתית, כמו יצירת פסל ומסכה, מתקיימים בטיפול ללא קושי או רתיעה: "שיניתי את הטרמינולוגיה. הפסלים נקראו בובות, הטוטמים נקראו דגמים, מבנים, המסכות נקראו פרצופים מצחיקים".

המטפלות שיתפו כי הן מבצעות התאמות אלו מתוך תפיסה כי במידה והן יאפשרו לילדים להתעסק בדברים האסורים להם בבית, הן יעוררו בילדים התנגדות לטיפול, אמביוולנטיות או בלבול: "לא הבאתי דברים שיכולים לערער או להביא איזושהי אמביוולנטיות אצל המטופל באופן התערבותי".

**היבטים מערכתיים**

**הקשר עם ההורים נבנה בהדרגה.** בטיפול באמצעות אמנויות בילדים מהחברה החרדית מתקיים קשר רציף עם הורי המטופל, הכולל פגישות בתחילת הטיפול ובסיום הטיפול לצד הדרכות הורים שוטפות ושיחות מזדמנות. מדברי רוב המטפלות עולה כי תהליך יצירת וביסוס הקשר עם ההורים נעשה בשלבים. שלב יצירת הקשר הראשוני מאופיין בקושי מאחר שההורים חוששים מהמטפלת שאינה משתייכת לחברה החרדית. ההבדל התרבותי גורם לכך שהקשר עם מרבית ההורים קריר, קונקרטי ורשמי, ולעיתים הוא מוביל להפסקת הטיפול: "הרבה טיפולים נגמרו בגלל החשדות, לא יצאו לפועל בגלל החשדות... לא רוצים לתת לילד להיות מטופל איתך לבד". מטפלות אלו שיתפו כי ההורים בוחנים מאד את המטפלת בשלבי הקשר הראשוניים מתוך רצון לגונן ולשמור על חינוך הילדים עקב חשש שהמטפלת תתן לגיטימציה לדברים שאינם הולמים את אורח החיים בחברה החרדית: "אוטומטית חושדים בי... שאני אהווה איזשהו מקום שנותן לגיטימציה לירידה מהדרך". כתוצאה מכך, המטפלות משקיעות מאמצים בהוכחת המקצועיות והרגישות שלהן: "את צריכה להוכיח את עצמך גם שאת בעדם וגם להוכיח שאת שווה משהו, כדי שהם יהיו איתך". על מנת לרכוש את אמון ההורים ולבסס את הקשר עימם, המטפלות מעודדות שיח כנה וישיר על ההבדל התרבותי: "אני מאד מעודדת את המקום הזה של לדבר על ההבדלים בינינו... אנחנו מדברים ואחרי זה, זה משתפר".

לדברי חלק מהמטפלות, לאחר שההורים נותנים אמון במטפלת, הם מרבים להביע הכרת תודה והערכה. בשלב זה, ההורים נעים מחשדנות לאמון ותלות, והם מבטלים עצמם למול המטפלת, אותה הם תופסים כעת כדמות סמכות: "ברגע שהם כבר כן נתנו את האמון, האמון הוא אמון מלא ברמה הכי טוטאלית של הדבר. כל מילה שאני אגיד היא כמעט קודש". מתוך כך ההורים מבקשים שהמטפלת תחליט עבורם בעניינים שונים והם מתקשים לקחת חלק בחשיבה משותפת: "הם רוצים שאני אחליט... הקב"ה אומר, הרב אומר, המנהל אומר והמטפלת תגיד". עם זאת, חשוב לציין כי פעמים רבות דעת הרב נותרת בעלת הכוח הרב ביותר על קבלת ההחלטות של ההורים.

במרבית המקרים יצירת הקשר מאפשרת שיח פתוח יותר בתחומים רבים, אך נראה כי עם הורים מזרמים מסוימים נותרים תחומים וסוגיות שהמטפלת לא יכולה לדבר עליהם בצורה חופשית גם כשהקשר מבוסס דיו: "זה באמת תלוי איזה זרם... היו כאלה שהיה לי שיח מאד פתוח איתם, אבל גם מספיק כאלה שאת לא יכולה לעשות כלום". במקרים בהם נוצר אמון, ההורים מצליחים במרבית המקרים להתגייס ולהתמסר לטיפול גם אם הוא ארוך ואינטנסיבי, וניתן לראות שהם מיישמים את העולה בטיפול: "הורים מתגייסים... יש הורים שאומרים לי 'עכשיו זה משהו שלי ושל הילד שלי'... יש הורים שעושים את זה גם עם הילדים האחרים".

**מקום האב בטיפול משתנה.** מדברי המטפלות עולה כי הזרם אליו משתייכים הורי המטופלים משפיע מאד על המקום שתופס האב בטיפול. כך לדוגמא, בעוד חלק מהמטפלות שיתפו כי האבות ממעטים להגיע וגם כאשר הם נוכחים, הם אינם יוצרים קשר עין עם המטפלת ומשרים תחושת אי-נוחות, במקרים אחרים שני ההורים נוכחים בטיפול: "היו הרבה מאד משפחות שרק האמא באה. היה את המקרים האלה שהאבא יושב בחדר ולא מסתכל עלי, שזה היה סיוט בפני עצמו. אבל היו הרבה מאד מקרים שגם שני ההורים הגיעו". מעניין לציין כי בזרמים מסוימים התמונה הפוכה לחלוטין והאב תופס מקום משמעותי בטיפול, הוא הדומיננטי בשיח, יוצר קשר עין ומפגין אחריות ומחויבות יותר מהאם.

**הטיפול בילד מהווה דרך להורה לטפל בעצמו.** היבט ייחודי נוסף שעלה מדבריהן של חלק מהמטפלות חשף כי פעמים רבות הורים ממשיכים בטיפול אצל המטפלת שטיפלה בילדם, בתום הטיפול בילד. במקרים מסוימים המטפלת מזהה תוך כדי הטיפול את הצורך של אחד ההורים בטיפול ומציעה זאת להורה, ובמקרים אחרים ההורה חש תוך כדי התהליך של ילדו שהוא זקוק בעצמו לטיפול ומבקש זאת מהמטפלת: "הגענו לחצי הטיפול וההורים ממש רואים שינוי לטובה אצל הילד, האבא אומר 'אני מתחיל בעצמי טיפול'". המטפלות ציינו כי לעיתים להורים קל יותר לשלוח את הילד לטיפול ולא להשקיע את משאבי המשפחה בעצמם, ולכן שליחת הילד לטיפול נתפסת על ידי המטפלת כקריאת עזרה של ההורה: "הרבה פעמים מביאים ילד לטיפול וזאת האמא שהיא צועקת לעזרה... וקרה לא פעם ולא פעמיים שהילד יוצא והאמא נכנסת". עם זאת, מיעוט המטפלות ציינו שיש הרבה הורים שלא מוכנים להתבונן בעצמם ולהבין שהם אלו שזקוקים לטיפול.

**מאפייני העבודה עם ההורים.** חלק מהמטפלות הסבירו כי בעבודה עם ההורים הן מלמדות אותם מהו טיפול: "אני מנסה כל הזמן להנגיש להם את הטיפול". כך למשל, עליהן להסביר להורים שמדובר בתהליך הדרגתי שעשוי לארוך זמן, ולפרט כיצד הן עובדות ומהן הטכניקות שהן משתמשות בהן.

היבט נוסף בעבודה עם ההורים נוגע בחיזוק היכולת שלהם להתבונן בילד. חלק מהמטפלות הסבירו כי מכיוון שהורים רבים מרוכזים בהתנהלות הטכנית והיום-יומית על פני התבוננות במצב הרגשי של ילדם, עליהן ללמד את ההורים להתבונן במצוקה של הילד ולסייע להם להבין מהיכן היא נובעת, איפה היא נעשית שכיחה או מודגשת יותר, ואיך היא נמצאת בקשר עם תהליכים שהם עוברים. המטפלות שיתפו כי חלק מהותי בעבודתן הטיפולית הוא ללמד את ההורים שהתנהגות היא ביטוי למצב נפשי. כך לעיתים יש צורך לתווך להורים צרכים רגשיים של המטופל, לסייע להם להכיר בהם כנורמטיביים גם במקרים שהם שונים מצרכיהם האישיים או אינם הולמים את הנורמות בחברה החרדית, ולבדוק יחד איתם כיצד הם יכולים לאפשר סיפוק לצרכים האלו בכדי להקל על מצבו הרגשי של הילד: "הדבר הכי חשוב בעיני הוא תמיד להראות שכל ביטוי חיצוני הוא ביטוי למשהו שקורה בנפש... להביא הורים להבנה שהילד שונה מכם... ולראות מה אפשר לעשות כדי לעזור לילד". המטפלות סיפרו כי הן מלמדות את ההורים להתבונן בייחודיות של הילד ובכוחותיו, ועובדות איתם על היכולת להתפעל מהילד בצורה מודגשת ומוחצנת: "המקום של ההתפעלות מהילד היא לא תמיד במילים, וזה דבר שאני הרבה פעמים עובדת איתם".

חלק מהמטפלות הוסיפו כי הן מתמקדות בשותפות של ההורים בטיפול. המטפלות הסבירו כי לעיתים הן נותנות מענה לבקשת ההורים להנחיות וכלים פרקטיים, אך הן משקיעות את עיקר המשאבים בעידוד לחשיבה משותפת: "הם רוצים שאני אחליט, שאני אגיד... אז אני אומרת – בואו נבדוק, זה לא ההחלטה שלי... אני באה להתלבט איתכם". המטפלות מבהירות להורים את החשיבות של מפגשי הדרכה איתם, גם על חשבון מפגשי טיפול בילד, ומדגישות את משמעות שיתוף הפעולה שלהם עבור הצלחת הטיפול: "אני אומרת להם תמיד 'בלעדיכם זה בלתי אפשרי'".

**מטרות בעבודה עם גורמים חינוכיים ורוחניים.** חלק מהמטפלות התייחסו לקשר שלהן עם גורמים חינוכיים ורוחניים, כדוגמת מורות, רבנים-מחנכים ורבני קהילות. לדברי המטפלות, עם גורמים אלו יש לרוב יחסי עבודה טובים, אך לא יחסים קרובים או אישיים. הקשר קרוב יותר עם הדמויות הנשיות ופחות עם רבנים, אך נראה כי המטפלות מסכימות שעניין זה תלוי בעיקר באישיות האינדיבידואליות של כל אדם. לעיתים מתקיים שיח ישיר עם גורמים חינוכיים ורוחניים אך לעיתים שיח זה מתנהל דרך ההורים, כמו במקרים בהם רבנים מסוימים אינם מוכנים לשוחח עם המטפלת עקב היותה אישה. כמו כן, לעיתים עולה קושי ביצירת הקשר עם גורמים אלו עקב עניינים טכניים כדוגמת חוסר נגישות טלפונית.

נראה כי העבודה עם גורמים אלו סובבת סביב שלוש מטרות מרכזיות. כאמור, המטרה הראשונה אותה ציינו חלק מהמטפלות היא התייעצות במקרים מורכבים וכשצפות בעיות בטיפול, כדי להבין משמעות של היבטים הלכתיים ותרבותיים, וללמוד כיצד עליהן להתנהג. מטפלות אלו הדגישו את החשיבות של גורם מייעץ השייך לחברה החרדית: "מאד חשוב הדרכה רגישת תרבות... שתהיה הדרכה על ידי מישהי שמכירה את הציבור". מטרה נוספת שעלתה בדברי מיעוט המטפלות היא שיח לשם קבלת אינפורמציה, למשל על הרקע המשפחתי ותפקוד הילד בתחומים השונים: "זה לא רק לראות את הילד מעוד זווית, אלא זה גם להבין איך רואים אותו". המטרה השלישית אותה תיארו חלק מהמטפלות הייתה שיח שנעשה לשם העברת אינפורמציה. כך לדוגמא, המטפלות תיארו כיצד גורמים אלו מתייעצים עימן כאשר יש צורך לקבל החלטות בנושאים מורכבים, וכיצד הן נדרשות לעיתים להסביר מושגים מעולמן הזרים לחברה החרדית. כמו כן, המטפלות יוצרות שיח הממוקד בכוחות של המטופל ומכוון לתיווך המניעים הנפשיים העומדים מאחורי התנהגויותיו, כמו גם ללימוד דרכי הפעולה והתגובות האפשריות להתנהגויות אלו.